**附件3：护士执业注册健康体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | | 性别 | |  | | | 出生日期 | | | | |  | | | | 近期 二寸免冠 正面半身 彩色照片 （加盖体检医院公章） |
| 身份证号 | | □□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出 生 地 | |  | | | | | | | | | 民族 | |  | | | | | 婚否 | |  |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家 庭 史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼 | 祼眼视力 | | | 左 | |  | | | | | | | | 右 |  | | | | | | 医师意见：    签名： |
| 矫正视力 | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| 眼 疾 | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| 色 觉 | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| 耳 鼻 喉 | 听 力 | | | 左 | |  | | | | | | | | 右 |  | | | | | | 医师意见：      签名： |
| 耳 疾 | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| 鼻及鼻窦 | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| 嗅 觉 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 咽 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 喉 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口 腔 | 粘膜 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见：   签名： |
| 牙及牙龌 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 舌 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内   科 | 呼吸 | | 次/分 | | | | | 脉搏 | | 次/分 | | | | | | 血压 | | | / mmHg | |  |
| 发育及营养 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见：        签名： |
| 神经及精神 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肺及呼吸道 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏及血管 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肝、脾、双肾 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部包块 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其 他 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 外  科 | 身 高 | 厘米 | 体 重 | 千克 | 医师意见：     签名： |
| 皮 肤 |  | 淋巴结 |  |
| 头、颈 |  | 甲状腺 |  |
| 脊 柱 |  | 四 肢 |  |
| 肛 门 |  | 生殖器 |  |
| 其 他 |  | | |
| 辅 助 检 查 结 果 | 胸 片 |  | | | 医师签名： |
| 心电图 |  | | | 医师签名： |
| 肝功能 |  | | | 检验师签名： |
| 乙肝两对半 |  | | | 检验师签名： |
| 血常规 |  | | | 检验师签名： |
| 尿常规 |  | | | 检验师签名： |
| 体   检   结   果 | 结果：（请在以下项目序号前“√”表示选定该项体检结果） ①健康或正常 ②一般或较弱 ③有慢性病  ④[传染病](http://www.med66.com/webhtml/project/neikexue/chuanranbingxue.htm" \o "传染病" \t "http://www.med66.com/hushi/hushizigezheng/_blank)传染期 ⑤精神病发病期 ⑥身体残病 说明：一、如选择上述结果③，请继续在下列符合的项目上用“√”表示： 1、心血管病 2、脑血管病 3、慢性呼吸系统病 4、慢性消化系统病 5、慢性肾炎 6、[结核病](http://www.med66.com/webhtml/project/neikexue/jiehebingxue.htm" \o "结核病" \t "http://www.med66.com/hushi/hushizigezheng/_blank) 7、神经或精神疾病 8、糖尿病 9、其他 二、如选择上述结果④⑤⑥之一者，请具体说明：     体检医院盖章   医师签名： 体检日期： 年 月 日 填表日期： 年 月 日 | | | | |
| 执 业 机 构 意 见 | 执业机构盖章 负责人签名： 填表日期： 年 月 日 | | | | |